香港申诉专员公署

Office of The Ombudsman, Hong Kong



主动调查报告
Direct Investigation Report

私家医院低收费病床的使用
Utilisation of low-charge hospital beds in private hospitals

报告完成日期： 2020 年 7 月 7 日

Completion Date: 7 July 2020

报告公布日期： 2020 年 7 月 9 日

Announcement Date: 9 July 2020

目录

报告摘要

章节		段落
1	引言	
	背景	1.1 - 1.4
	调查范围	1.5
	调查过程	1.6 - 1.7
2	低收费病床的规定及提供情况	
	背景	2.1 - 2.3
	有关低收费病床的批地条款	2.4 - 2.10
	卫生署对私家医院提供低收费病床的监察措施	2.11 - 2.16
	两间私家医院提供低收费病床的情况	2.17 - 2.29
	以「套餐式收费」取代低收费病床的地契条款	2.30 - 2.35
3	低收费病床的使用率	
	近年低收费病床的使用率	3.1 - 3.5
	改善低收费病床使用率的措施	3.6 - 3.7
	病人拒绝入住低收费病床的原因	3.8 - 3.15
	就低收费病床的宣传和推广	3.16 - 3.22
4	转介公立医院病人入住低收费病床的安排	
	公立医院转介病人使用私营医疗服务的指引	4.1 - 4.6
	在流感高峰期转介公立医院病人使用低收费病床	4.7 - 4.33

公立医院善用低收费病床的其他可行措施 4.34 - 4.38

5 本署的评论及建议
绪言 5.1 - 5.8
（一）政府应继续观察并重新检视低收费病床的政策 5.9 - 5.14
（二）医管局应善用低收费病床分流病人至私营医疗系统 5.15 - 5.34
（三）政府应探讨如何加强推广低收费病床 5.35 - 5.43
建议 5.44
鸣谢 5.45

附件
医院甲及医院乙的低收费病床入住条款

私家医院低收费病床的使用
主动调查报告摘要

引言

本港有两间私家医院（下称「医院甲」及「医院乙」）须按照批地条款，提供不少于两成的病床为低收费病床。截至 2019 年 12 月，该两间医院合共提供 164 张低收费病床。根据规定，低收费病床的每日住院费用不得超出公立医院三等病床的最高收费 [1]，其他医院费用则不得超出该医院二等病床的同类费用的一半。

2. 虽然病床数目骤眼看来并不多，但若以每名病人平均住院 2 至 4 天，而入住率约八成计算，低收费病床一年最多可服务大概 1.2 万至 2.4 万人次。低收费病床如能加以善用，应有助减轻整体医疗系统的负担，也配合政府鼓励市民使用私营医疗服务的政策方向。

3. 2012 年之前，两间私家医院并没有确切遵行提供低收费病床的地契条款。其后审计署于 2012 年发表审计报告作出批评后，政府陆续加强监察两间私家医院有否按地契条款提供低收费病床，并同时积极建议有关医院采取一系列措施以提升其低收费病床的使用率。本署对政府的正面态度及所付出的努力予以肯定和赞赏。

4. 纵然如此，是次主动调查发现，政府当局在推广低收费病床的使用上仍有可优化之处。医院管理局（「医管局」）在流感高峰期与两间私家医院就低收费病床的转介安排，亦有可优化并加以善用的空间。

调查所得

（一） 政府应继续观察并重新检视低收费病床的政策

5. 政府表示，由于两间私家医院的地契条款并无界定低收费病床的使用条件（包括使用率），以致有关规定难以执行；加上过

---

1 2019 年 12 月，公立医院三等病床的收费为每天港币 120 元。

往低收费病床的提供未能有效鼓励市民由公营住院服务转至私家医院服务，行政会议于2011年1月决定，日后与各私家医院的批地契约续期时，将会引入套餐式服务以取代提供低收费病床的规定。

6. 然而，行政会议于2011年1月作出上述决定时，低收费病床的规定根本未获有效执行，当时低收费病床的使用率十分低（以医院甲为例，使用率介乎23%至45%[2]），但现时低收费病床的使用情况相对于2011年或以前经已有大幅改善，医院甲和医院乙的低收费病床使用率最高约七成至八成。医院甲和医院乙的地契分别于2047年和2060年才期满，距今仍有数十年之久，在相关地契期满之前，值得政府重新检视低收费病床的政策。

7. 纵使政府强调提供低收费病床对于疏导公立医院的病人往私家医院的成效有限，但本署认为，低收费病床不但可吸引部分负担能力较高的市民转为使用私营医疗服务，医管局亦可在有需要时利用有关机制以纾缓公立医院住院服务的负荷。再者，低收费病床的规定亦转达了有关私家医院以优惠地价获批土地后，须承担社会责任的讯息。此外，政府加强执行有关规定后，低收费病床的使用率随即明显改善，反映有关规定并非无法有效地执行。

8. 此外，低收费病床的政策无疑可为有能力使用私营医疗服务的市民提供额外诱因，与政府近年推出的套餐式服务和自愿医保政策，可谓相辅相成。套餐式服务和低收费病床的规定，两者其实并不相悖，政府并无必要二择其一，例如私家医院可以在低收费病床提供较便宜的套餐式服务。

9. 鉴于以上所述，本署认为，套餐式服务仍在起步阶段，政府在现阶段应继续密切观察低收费病床的使用情况，积极检视如何可更有效地善用低收费病床，并在未来检视套餐式服务政策时，按照当时情况，重新检视低收费病床政策。

（二）医管局应善用低收费病床分流病人至私营医疗系统

10. 政府近年为改善公、私营医疗服务需求失衡的情况，一直鼓励有负担能力的市民使用私营医疗服务。本署认为，虽然监察和

---

[2] 据审计署于2012年发表的审计报告，医院甲在2008年的低收费病床使用率为1%，在2009至2011年期间则介乎23%至45%。

改善低收费病床的使用情况并非医管局的责任，但该局如能善用低收费病床，不但可减轻公立医院的压力，腾出的资源更可服务有需要的病人。是次主动调查发现，医管局在利用低收费病床分流病人至私营医疗系统的做法上，有以下可予改善之处：

(1) 应针对流感高峰期的转介协议成效不彰的问题采取措施

11. 医管局先后与医院甲和医院乙签订协议，在传染病爆发期间或流感高峰期，转介公立医院病人入住低收费病床，但该局在过往三次流感高峰期[3]启动转介协议，获转介的病人寥寥可数[4]，其中医院乙在先后两次的流感高峰期，合共只接收了两名公立医院病人。

12. 医管局解释，为确保病人安全，临床转介标准需较为严谨，情况稳定的病人才适合转介，而前线人员在甄选期间发现大部分病人并不适合转介。本署认为，医管局有需要检讨流感高峰期转介成效欠佳的原因，并重新检视目前的转介安排。

研究放宽转介病人的限制

13. 据本署了解，公立医院在流感高峰期时，承受压力的主要是内外科病房，但医管局要甄选内外科急症个案作转介，确实有一定难度。另一方面，部分内外科病人在病情稳定后，需要转至疗养康复科等其他科目的病床，接受延续护理或其他治疗。因此，本署认为，医管局可研究放宽转介病人的限制（包括现时七天的住院日数限制），将疗养康复科等其他科目的病人纳入可作转介之列，以便腾空有关床位接收更多内外科病人，以加快病床流转，从而纾缓内外科病房的压力。

改善和简化转介病人的行政工作

14. 有公立医院医生透露甄选病人作转介的人手不足，加上转介病人的行政工作繁重，故只能在周一至周五甄选病人作转介。本署认为，转介安排原意是减轻公立医院在流感高峰期时的负担，倘

---

[3] 2017 年夏季流感高峰期、2017/18 年冬季流感高峰期及 2018/19 年冬季流感高峰期。

[4] 医院甲每次的转介病人数目介乎 25 至 35 人，医院乙总共接收了 2 名病人。

若相关行政工作流于繁复，不但本末倒置，亦降低了前线人员主动转介病人的动力。医管局应研究如何精简目前甄选病人的行政安排。

15. 此外，两间私家医院在转介协议期间须预留一定数目的低收费病床，以接收公立医院的病人，但过往转介数字甚低，导致大量低收费病床闲置。医管局应与两间私家医院研究改善预留病床的要求，令有关安排更具弹性。

考虑将转介安排恒常化

16. 本署认为，除了在流感高峰期的转介安排之外，医管局可视乎日后的转介成效，积极研究将转介安排恒常化，既可避免在公立医院的压力迫在眉睫之时才启动转介安排，而医护人员在非繁忙时期有较多时间安排转介病人，亦可藉此累积转介经验，有望改善整体的转介成效。

(2) 应探讨更多善用低收费病床的方案

17. 另一方面，本署认为，医管局应与两间私家医院进一步探讨其他可行措施，善用低收费病床以分流公立医院的病人，包括研究如何吸引一些经已预约、正轮候入院接受治疗的病人，转为使用私家医院的低收费病床。例如，私家医院可向转为使用低收费病床的公立医院病人提供额外优惠，或特别提供一些较便宜的套餐式收费服务等。此外，医管局可按公立医院的服务需求，积极探讨在哪些住院项目上，可透过类似公私营协作的模式，资助并转介病人入住低收费病床。

（三）政府应探讨如何进一步推广低收费病床

18. 本署于 2019 年 7 月向公众宣布就此课题展开主动调查后，舆论显示有不少市民及私家医生均不知道有低收费病床服务。本署认为，政府在推广低收费病床和进一步改善其使用率上，有以下可予提升之处：

(1) 加强向公立医院病人推广低收费病床

19. 卫生署表示，该署不应协助私家医院宣传或推广医院服务（包括低收费病床服务），以免与其监管角色有所冲突。对此，本

署须指出，低收费病床的提供，是因应政府以优惠地价批出土地给两间私家医院而衍生出来的，无疑涉及公共资源，有别于一般私营机构提供的商品及服务。因此，政府应该就低收费病床向市民提供充足资讯。

20. 本署认为，政府可利用各种渠道，加强向公众推广低收费病床，例如透过医管局在公立医院张贴宣传海报和告示。政府亦应积极研究其他方法，增加低收费病床的吸引力，以鼓励更多负担能力较高的病人转用私营医疗服务，例如建议私家医院利用低收费病床提供价格较优惠的套餐式服务。

(2) 鼓励医院乙增加在新院大楼低收费病床的数目

21. 医院乙的低收费病床自开设以来只设于旧翼，而资料显示，大部分病人拒绝入住低收费病床的原因，是希望入住该院新院大楼的病房。虽然医院乙已应政府的建议，在2018年开始于新院大楼的外科病房和妇科病房提供低收费病床，惟大部分的低收费病床仍设于旧翼。本署认为，政府可与医院乙商讨在该院新院大楼的病房进一步增加低收费病床的数目。

(3) 建议私家医院进一步推广及优化低收费病床的提供

22. 本署认为，政府应与私家医院商讨，以探讨加强在其网站和其他渠道宣传低收费病床的可行性，例如仿效停车场的做法，在医院大堂实时显示低收费病床的空置数目，以及定期公布低收费病床的使用情况。

23. 另一方面，部分病人因担忧会被标签或误会低收费病床的设备和服务会较一般病床为差，而抗拒入住低收费病床。本署认为，政府应建议私家医院设法消除低收费病床可能引致的误解和负面观感，例如清楚解释低收费病床的规格和服务与一般病床无异，及改用比较正面的名称（如优惠病床）。此外，私家医生经常会转介病人入院（不论是公立医院或私家医院）。因此，除了针对病人作宣传推广之外，私家医院可定期向全港私家医生发放有关低收费病床服务的资讯。

建议

24. 鉴于以上所述，本署向**食物及卫生局、卫生署**和**医管局**提出了9项建议：

食物及卫生局和卫生署

(1) 积极检视如何可更有效地善用低收费病床，并在未来检视套餐式服务政策时重新检视低收费病床政策。

(2) 主动利用各种渠道，加强向公众推广低收费病床，包括在公立医院张贴海报和告示。

(3) 积极研究如何增加低收费病床的吸引力，例如建议私家医院利用低收费病床提供价钱较优惠的套餐式服务。

(4) 与医院乙商讨在该院新院大楼的病房进一步增加低收费病床的数目。

(5) 建议私家医院加强宣传低收费病床，例如定期通知私家医生有关低收费病床的安排，及设法消除低收费病床可引致的误解和负面观感。

医管局

(6) 检讨流感高峰期转介安排成效欠佳的原因，重新检视目前的转介安排，以提高转介安排的效益（例如放宽转介病人限制及简化相关的行政工作）。

(7) 改善在流感高峰期转介协议期间低收费病床的预留安排，避免浪费。

(8) 视乎日后的转介成效，积极研究将流感高峰期的转介安排恒常化。

(9) 与两间私家医院探讨其他可行措施，善用低收费病床分流公立医院的病人，例如研究如何吸引经已预约入

院接受治疗的公立医院病人选择入住低收费病床，以及探讨透过公私营协作的模式转介病人使用低收费病床。

申诉专员公署
2020 年 7 月

Executive Summary
Direct Investigation Report

Utilisation of Low-charge Hospital Beds in Private Hospitals

Introduction

Two private hospitals in Hong Kong (hereunder referred to as "Hospital A" and "Hospital B") are required to comply with the land grant conditions and provide no less than 20% of their total beds as low-charge hospital beds. As at December 2019, the two hospitals are providing a total of 164 low-charge beds. The relevant requirements stipulate that the daily hospital charges for a low-charge bed shall not exceed the maximum fee charged for a third-class bed in public hospitals[1], while other hospital charges shall not exceed half the similar charges for a second-class bed in the private hospital concerned.

2. The number of low-charge beds may not appear to be high, but if each patient stays for two to four days on average and the admission rates of the low-charge beds reach 80%, these beds can handle about 12,000 to 24,000 attendances of patients each year. Optimising the use of low-charge beds can help alleviate the burden of the entire healthcare system and complement with the Government policy to encourage the use of private healthcare services.

3. Prior to 2012, the two private hospitals had not strictly complied with the requirements for low-charge beds under the land grant conditions. In response to the Audit Commission's criticism in its report in 2012 ("the 2012 Report"), the Government has gradually stepped up its monitoring of these hospitals' compliance with land grant conditions with regard to their provision of low-charge beds. Besides, the Government has recommended the two hospitals to introduce measures to improve the utilisation rates of their low-charge beds. We appreciate the Government's positive attitude and efforts in this aspect.

4. That said, this direct investigation has revealed room for improvement in the Government's promotion of the use of low-charge beds as well as in the referral arrangements between the Hospital Authority ("HA") and the two private hospitals

[1] In December 2019, the daily fee for a third-class bed in public hospitals was $120.

during influenza surges.

Our Findings

(I) Government Should Keep Observing and Reviewing Policy of Low-charge Beds

5. The Government noted that as the land grant conditions for the two private hospitals do not include conditions on the use of low-charge beds (including their utilisation rates), it is difficult to enforce the relevant requirements. Moreover, provision of low-charge beds had had little effect on encouraging members of the public to go to private instead of public hospitals. Hence, in January 2011, the Executive Council ("ExCo") decided to introduce the requirements for service packages to replace those for low-charge beds when renewing the land leases with private hospitals.

6. When ExCo made that decision in January 2011, the requirements for low-charge beds had not been effectively implemented and the utilisation rates of those beds were very low. In Hospital A's case, the utilisation rates of low-charge beds were then between 23% and 45%[2]. Compared with the utilisation rates in or before 2011, there have been significant improvement. Currently, the utilisation rates in Hospital A and Hospital B could reach 70% to 80%. Given that there are many years ahead before the land leases for Hospital A and Hospital B expire in 2047 and 2060 respectively, we consider that it is worth reviewing the Government's policy of low-charge beds before the land leases concerned expire.

7. Although the Government stressed that provision of low-charge beds has not helped much in encouraging public hospital patients to switch to the private healthcare services, we still find those low-charge beds useful in that they provide incentive to people who can afford private healthcare services and help alleviate the burden of public hospitals under HA when necessary. Furthermore, inclusion of the requirements for low-charge beds in the land grant conditions has given a clear indication to the private hospitals concerned that land grants at concessionary premiums come with social responsibility. Upon strengthening the Government's enforcement of the requirements, there were marked increases in the utilisation rates of low-charge beds. That means proper implementation of the requirements is not impossible.

---

[2] In the aforesaid 2012 report, the utilisation rate of low-charge beds in Hospital A in 2008 was 1%, and the relevant rates between 2009 and 2011 ranged from 23% to 45%.

8. The policy of low-charge beds provides incentive for people who can afford private healthcare services and is complementary to service packages and voluntary medical insurance introduced in recent years. Service packages and low-charge beds are not contradictory, and there is no need for the Government to choose between them. One possible option is to let private hospitals offer low-priced service packages using their low-charge beds.

9. We are of the view that provision of service packages in private hospitals is still at an initial stage. The Government should closely monitor the use of low-charge beds, and proactively explore ways to better utilise those beds and revisit the relevant policy when reviewing that of service packages.

(II) HA Should Better Utilise Low-charge Beds to Divert Patients to Private Healthcare Sector

10. In recent years, the Government has attempted to address the imbalance in demand between the public and private healthcare services by encouraging those who could afford higher charges to go to the private sector. In our view, although HA is under no obligation to monitor and improve the utilisation of low-charge beds, better utilisation of those beds can help alleviate the burden of public hospitals and spare more resources for patients in need. This direct investigation has revealed the following areas for improvement in HA's use of low-charge beds to divert patients to the private healthcare sector.

(1) Introducing Measures to Address the Ineffectiveness of Referral Agreements during Influenza Surges

11. HA has signed agreements with Hospital A and Hospital B to refer inpatients of public hospital to use their low-charge beds during outbreaks of infectious diseases or influenza surges. Yet, during the three previous influenza surges[3] when the referral agreements were activated, HA had referred only a very small number of patients[4]. In two influenza surges, Hospital B had only accepted two public hospital patients in total.

[3] The 2017/18 summer and winter surges of influenza and the 2018/19 winter surge of influenza.

[4] Hospital A accepted 25 to 35 patients referred during each influenza surge while Hospital B accepted two in total.

12. HA's explanation was that strict criteria for referral were necessary to ensure patients' safety. Thus, only patients in stable clinical conditions could be referred. In selecting cases, frontline staff found that most patients were not suitable for referral. Nonetheless, we find it necessary that HA investigate why patient referrals during influenza surges have been ineffective and review the existing arrangements.

Explore Relaxation of Restrictions on Referral of Patients

13. We understand that it is rather difficult for HA to select suitable cases for referral among emergency cases from surgical and medicine wards, which are particularly under stress during influenza surges. On the other hand, some of the patients in the surgical and medicine wards may need to be transferred to other wards such as convalescent and infirmary wards for continual care or other therapies when their condition becomes stable. We are of the view that HA could explore the relaxation of restrictions on referral of patient (including the 7-day limit of stay), and consider also patients from other wards, such as convalescent/infirmary wards. Hence, the turnover rates of hospital beds could be enhanced, thereby alleviating the burden on the surgical and medicine wards.

Improve and Simplify the Administrative Work of Referrals

14. A public hospital doctor revealed to us that public hospitals did not have adequate manpower to select suitable patients for referrals, and they had to cope with the heavy workload brought by the relevant administrative work. Hence, the selection could only be made on weekdays. In our view, the arrangement of referral is meant to alleviate the burden of public hospitals during influenza surges. If the relevant administrative work is too complicated, it will defeat the purpose of such arrangement and discourage frontline staff from referring patients to use low-charge beds. HA should explore ways to simplify the administrative work in selecting patients for referral.

15. Moreover, while the referral agreements are activated, the two private hospitals are required to reserve certain numbers of low-charge beds for patient referrals. Previously, many of those beds were wasted as the numbers of referrals had been very small. HA should, therefore, collaborate with the two private hospitals on improving the flexibility of the reservation arrangement.

Consider Making Referral to Use Low-charge Beds a Standing Arrangement

16. In our opinion, depending on the effectiveness of referrals in future, HA can proactively explore the feasibility of making standing arrangements for referrals of patients beyond influenza surges, so that they do not need to wait until the public hospitals are already under great pressure. Besides, medical personnel can have more time to arrange referrals during off-peak seasons and gain experience in making referrals, thus enhancing its overall effectiveness.

(2) Exploring Feasible Ways to Better Utilise Low-charge Beds

17. In addition, we consider that HA should collaborate with the two private hospitals to explore other feasible measures to better utilise the low-charge beds so as to divert patients from public hospitals. Feasible measures may include ways to encourage those patients who have made appointments or are waiting to receive treatment to use the low-charge beds in private hospitals. For example, the private hospitals can offer more concessionary terms or provide low-priced service packages to public hospital patients who agree to use low-charge beds. Moreover, subject to the needs for public hospitals' services, HA can examine which items of hospitalisation are suitable for offering subsidies to patients to use low-charge beds under public-private partnership programmes.

(III) The Government Should Explore Ways to Further Publicise Use of Low-charge Beds

18. Since we declared the launch of this direct investigation in July 2019, there were public responses showing that many people including private medical practitioners are not aware of the low-charge bed services. We consider that the Government can further publicise such services and improve the utilisation rates by addressing the following aspects.

(1) Strengthening Promotion of Low-charge Beds among Public Hospital Patients

19. The Department of Health ("DH") considered that it should not be assisting private hospitals in the publicity or promotion of their services (including the low-charge bed services) to avoid conflicts with its role as the monitoring authority. We should point out that provision of low-charge beds originated from the land grants to the two private hospitals due to the concessionary premiums offered, and therefore, those beds

involve public resources and are different from commodities and services provided by ordinary private organisations. Hence, the Government should provide the public with sufficient information about low-charge beds.

20. In our opinion, the Government could use various channels to step up its promotion of low-charge beds among members of the public, such as putting up posters or notices in public hospitals under HA. It should also proactively explore other means to make low-charge beds more appealing to patients who can afford higher charges so that they would be encouraged to use private healthcare services. For example, the Government could suggest that private hospitals offer low-priced service packages using their low-charge beds.

(2) Encouraging Hospital B to Provide More Low-charge Beds in Its New Wing

21. Low-charge beds in Hospital B are located within the hospital's Old Wing since the hospital started to provide such services. Relevant information shows that most patients of Hospital B refused to use low-charge beds because they wanted to be admitted to the wards in the New Wing. In response to the Government's proposal, Hospital B started to provide low-charge beds in the Surgical and Gynaecology Wards in its New Wing in 2018, but most of the hospital's low-charge beds are still in its Old Wing. We consider that the Government can discuss with Hospital B on further increasing the number of low-charge beds in the New Wing.

(3) Recommend Private Hospitals To More Actively Publicise Their Low-charge Beds and Improve the Provision

22. The Government should discuss with the private hospitals whether they can use their websites or other channels to enhance publicity of the low-charge beds. They can follow the practice of car parks to display the number of available low-charge beds in real time at the hospital lobby as well as releasing regularly the utilisation rates of such beds.

23. Moreover, some patients are reluctant to use low-charge beds because they are concerned about being labelled, or they misunderstand that the equipment and services of such beds are of lower standards. The Government should suggest that the two hospitals address such misunderstanding and negative impression. For example, the hospitals can indicate clearly that low-charge beds are of the same standards and they deliver the same services as ordinary hospital beds do. The hospitals can also rename such beds, giving them a more positive connotation (e.g. concessionary beds).

Furthermore, as private medical practitioners often refer patients to public or private hospitals, the two private hospitals can provide regular information to all private medical practitioners in Hong Kong on the low-charge bed services.

Recommendations

24. In view of the above, The Ombudsman has made the following nine recommendations to **the Food and Health Bureau ("FHB"), DH and HA**:

FHB and DH

(1) proactively explore ways to better utilise low-charge beds and revisit the relevant policy when reviewing the policy of service packages;

(2) make good use of various channels to strengthen its promotion of low-charge beds among members of the public, such as putting up posters or notices in public hospitals;

(3) proactively explore other means to make low-charge beds more appealing, such as making suggestions to the two private hospitals about using their low-charge beds to offer service packages at lower prices;

(4) discuss with Hospital B on further increasing the number of low-charge beds in its New Wing;

(5) suggest the two private hospitals enhance the publicity of their low-charge beds, such as providing regular information to all private medical practitioners in Hong Kong on the low-charge bed services, and addressing the misunderstanding and negative impression that patients might have about those beds;

HA

(6) review the arrangement for referral of patients during influenza surges to investigate why it has been ineffective, review the existing arrangements and make improvement. For example, relaxing the restrictions on referral of patients and simplifying the relevant administrative work;

(7) improve the reservation arrangement for low-charge beds when the referral agreements are activated during influenza surges to avoid wasting resources;

(8) depending on the effectiveness of referrals in future, proactively consider allowing such referrals to be made beyond influenza surges; and

(9) collaborate with the two private hospitals to explore other feasible measures to better utilise the low-charge beds for diversion of public hospital patients, such as encouraging patients who have made appointments or are waiting to receive treatment to use the low-charge beds in private hospitals, and to explore the possibility of referring patients to low-charge beds under public-private partnership programmes.

Office of The Ombudsman
July 2020

1

引言

背景

1.1 本港有两间私家医院须按照由政府订定的批地条款，提供不少于两成的病床为低收费病床。截至 2019 年 12 月，该两间医院合共提供 164 张低收费病床。卫生署负责监察该两间私家医院提供低收费病床的情况，确保医院遵从上述批地条款。

1.2 根据规定，低收费病床的每日住院费用不得超出公立医院三等病床的最高收费[1]，其他医院费用则不得超出该医院二等病床的同类费用的一半。申诉专员公署的初步查讯发现，两间私家医院虽已遵从有关批地条款提供低收费病床，而卫生署亦有作出相关的监察，惟有关病床的使用率有进一步的提升空间。

1.3 另一方面，医院管理局（「医管局」）先后与上述两间私家医院签署协议，于流感高峰期由该局转介合适的公立医院病人，使用该两间私家医院的低收费病床。获转介的病人只须支付等同公立医院的基本住院费用，其余费用由医管局负责。医管局其后曾启动有关协议，但获转介的病人数目偏低，反映现行的转介机制对于纾缓公立医院病床需求的作用有限。

1.4 有鉴于此，申诉专员在 2019 年 6 月 4 日根据《申诉专员条例》（第 397 章）第 7(1)(a)(ii)条向食物及卫生局（「食卫局」）、卫生署及医管局展开主动调查，以审研政府在监察和推广私家医院低收费病床的使用上，是否有可予提升之处。

---

1 2019 年 12 月，公立医院三等病床的收费为每天港币 120 元。

调查范围

1.5 这项主动调查的审研范围包括：

- 有关低收费病床的批地条款；
- 卫生署对私家医院遵从关于低收费病床的批地条款之监察措施；
- 私家医院提供低收费病床的情况；
- 低收费病床的使用率；及
- 医管局于流感高峰期转介公立医院病人入住低收费病床的成效。

调查过程

1.6 本署于 2019 年 7 月 10 日向公众宣布展开此项主动调查，并邀请公众人士就此课题提供意见。除了到两间提供低收费病床的私家医院视察外，本署亦于 2019 年 8 月分别与两间医院的代表会面。

1.7 2019 年 11 月 5 日，本署将调查报告草拟本送交政府（即食卫局及卫生署）及医管局评论，并分别于 2020 年 1 月 3 日及 14 日获政府及医管局回复。经考虑及适当纳入其意见后，本署于 2020 年 7 月 7 日完成这份报告。

2

低收费病床的规定及提供情况

背景

2.1 本港的私家医院大部分在数十年前兴建。这些早年兴建的医院主要是政府透过私人协约方式批出或售出政府土地予营运者[2]。地契条款中所列要求，须按当时行政局（即行政会议的前身）批地条件的决定而订定。

2.2 根据行政局于 1957 年 4 月的决定，日后以免地价或象征式地价把政府土地批予非牟利的私家医院，须施加某些条款，包括规定有关医院必须提供免费或低价病床和服务，达到令当时的医务卫生署署长满意的程度。

2.3 1981 年 3 月，行政局就私家医院的批地条款进一步订立更具体的规定。根据行政局的决定，政府以免地价或象征式地价向非牟利医院直接批地的条件，包括病床总数中须有不少于两成的病床为低收费病床，行政局亦订定了低收费病床的具体收费准则（见下文**第 2.7 段**）。

有关低收费病床的批地条款

2.4 审计署在 2012 年发表的审计报告[3]中指出，政府早于 1957 年已通过政策决定，以私人协约方式向私家医院批地时须加入包括低收费病床在内的规定，并在 1981 年通过较详细的条文。然而，在 1957 年后以免地价或象征式地价向私家医院直接批出的

2 一般而言，政府会以公开拍卖或招标方式出售政府土地，但有时亦会透过私人协约向非牟利机构批出政府土地作特别用途。

3 审计署署长报告《第 59 号报告书》第四章「批地供私家医院发展」。

土地，并没有贯彻地按行政局的决定，在地契条款中加入包括低收费病床在内的规定。该报告指出，由于未能找到相关的旧档案，故难以追查在早年向部分私家医院批地时未有加入有关规定的原因。

2.5 目前，全港 12 间私家医院中，有五间是全部或部分在以免地价或象征式地价批出的私人协约批地上营运。然而，当中只有两间私家医院（下称「医院甲」及「医院乙」）的地契条款，有按照行政局的决定，加入了须提供低收费病床的规定。

医院甲

2.6 医院甲所在的其中一幅批地于 1996 年 1 月获政府以象征式地价 1,000 元批出，有关地契将于 2047 年 6 月 30 日期满。

2.7 有关批地的地契条款按照 1981 年行政局订定的准则（上文**第 2.3 段**），就低收费病床订明以下规定：

- *医院在任何时间均须在病床总数中提供不少于 20% 的低收费病床。*
- *低收费病床的每日住院费用（包括病床、膳食及护理服务）不得超出公立医院三等病床的最高收费*（上文**第 1.2 段，注 1**）*；其他医院费用（例如手术室、化验、X 光检查和药物的费用）不得超出该私家医院二等病床的同类费用的一半。*
- *卫生署署长可藉着与承批人订立相互协议，使用低收费病床，但前提是：使用该等病床的病人不得属长期病患个案，以及政府须支付该等病床的每日住院费用和条款订明的其他医院费用。*

医院乙

2.8 于 1961 年批予医院乙的已替换私人协约批地，地契内亦有条款要求承批人须提供免费或低收费病床服务。该批地契约于 2010 年 6 月由另一项新的私人协约批地所取代（即该院现时所在的地段）。当时政府以象征式地价 1,000 元批出土地，地契将于 2060 年 6 月 17 日期满。

2.9 就低收费病床而言，有关的地契条款只订明以下规定：

- *承批人须按卫生署署长要求，提供免费或低收费病床和服务，达到令署长满意的程度。*

2.10 上述条款并无按照行政局 1981 年的决定，清楚订明低收费病床的数目和有关收费的准则。直至 2013 年年初，政府因应上文**第 2.4 段**提及的审计报告所建议，去信医院乙并要求该院按照 1981 年行政局订定的准则（上文**第 2.7 段**），提供不少于 20%的病床为低收费病床。

卫生署对私家医院提供低收费病床的监察措施

2.11 卫生署负责监察两间私家医院提供低收费病床的情况，包括低收费病床的数目和收费，以确保医院遵从地契条款的规定。如发现私家医院违反地契条款的规定，卫生署会转介地政总署跟进。

2.12 不过，审计署在上文**第 2.4 段**提及的审计报告中指出，低收费病床的规定一直以来未获有效执行。其中，医院甲坐落于有关批地的医院大楼于 2002 年启用，但该院直至 2008 年才开始提供低收费病床；至于医院乙则在 2011 年才首次向卫生署报告该院已提供低收费病床。

2.13 在上述审计报告发表后，卫生署加强监察相关私家医院有否遵从相关地契条款提供指定数目的低收费病床。目前，虽然地契条款并没有就低收费病床的使用率订定要求，但两间私家医院会按政府要求每月向卫生署提交低收费病床的使用报告，包括载列低收费病床在当月的使用率，以及低收费病床病人的帐单金额的统计资料等，以便卫生署监察两间私家医院提供低收费病床的情况。两间私家医院每半年亦须提交医院收费表供卫生署参阅。

2.14 此外，卫生署分别自 2013 及 2014 年起，每年突击巡查医院甲和医院乙提供低收费病床的情况。这些巡查专为检视低收费病床而设，独立于卫生署其他有关私家医院发牌条件的巡查。

2.15 卫生署在巡查中会检视低收费病床数目是否不少于病

床总数的 20%，医院有否通知病人有关低收费病床服务的安排，并提供足够告示及单张。该署亦会抽查低收费病床病人的帐单，以确定每日基本住院收费及其他医院收费符合地契条款的规定。

2.16 卫生署 2014 年至 2018 年就低收费病床的每年巡查数字列于**图表 1**。该署表示，该些巡查的结果显示，两间医院提供低收费病床服务符合地契条款的规定。

图表 1：卫生署就低收费病床的巡查数字

年份	医院甲巡查次数	医院乙巡查次数
2014	2	1
2015	2	2
2016	2	2
2017	2	2
2018	2	3

两间私家医院提供低收费病床的情况

病床数目

2.17 两间私家医院均将其医院大楼内的部分病床指定为低收费病床，并设置于某些指定的专科病房内。截至 2019 年 12 月，医院甲及医院乙分别提供 103 张及 61 张低收费病床。医院甲和医院乙提供低收费病床的具体情况，见**图表 2** 和**图表 3**。

图表 2：医院甲的低收费病床分布

位置	病房类别 / 床位数目	低收费病床数目
主座六楼 综合病房（内科及外科）	八人房：12 间 一人房：2 间	98
主座四楼 血液透析病房	11 张床位	5
低收费病床总数		**103**
（受地契条款规限的相关地段内病床总数 [4]）		**(514)**

[4] 医院甲只有主座是位于 1996 年 1 月获批的地段（上文**第 2.6 段**），受有关的地契条款所规限，须在该地段内病床总数中提供不少于 20%的低收费病床。该院的其他大楼则并非位于该地段，故不受低收费病床的地契条款所规限。

图片 1：医院甲综合病房的低收费病床（八人房）



图表 3：医院乙的低收费病床分布

位置	病房类别	低收费病床数目
旧翼三楼 综合病房（内科及外科）	一人房：3 间 二人房：1 间 三人房：2 间 五人房：6 间[5]	37
新院（主座）大楼 12 楼 妇科病房	三人房：4 间	12
新院（主座）大楼 15 楼 外科病房	三人房：4 间	12
低收费病床总数		**61**
(受地契条款规限的相关地段内病床总数[6])		**(304)**

[5] 其中一间 5 人房只设有一张低收费病床。

[6] 医院乙全院（包括旧翼和新院（主座）大楼）均位于 2010 年获批的地段（上文第 **2.8** 段），受有关的地契条款所规限。

图片 2：医院乙新院大楼妇科病房的低收费病床（三人房）



图片 3：医院乙旧翼综合病房的低收费病床（三人房）



入住条件

2.18 病人入住两间私家医院的低收费病床，无须经入息或资产审查，但必须为香港永久性居民。

2.19 病人可经驻院医生或私家医生预约入住低收费病床。低收费病床亦可供接受日间手术或护理的病人使用，但只限于须使

用镇静或全身麻醉药物后进行的手术。此外，医院甲低收费病床亦提供血液透析服务。

2.20 两间医院低收费病床的详细入住条款，载列于**附件**。其中，入住医院甲的低收费病床的须为成年病人（即 18 岁或以上），住院日数一般以七天为限；医院乙的入住条款则订明病人须年满 15 岁或以上，并无限制住院日数。

住院费用

2.21 医院甲和医院乙的低收费病床收费均须符合上文**第 2.7 段**所述之规定。

2.22 截至 2019 年 12 月，两间私家医院的基本住院收费均为每天 120 元（包括病床、膳食及一般服务），接受日间手术或护理的收费为 96 元，与公立医院的住院收费相同；其他医院费用则按规定以该院二等病房费用的半价计算。

2.23 须注意的是，上述基本住院收费及其他医院费用，并不包括医生费用，例如手术费、巡房费及麻醉费。换言之，入住低收费病床的病人，仍须全额负担住院期间涉及的医生费用。

2.24 此外，针对先进但费用高昂的疗法和药物，医院甲和医院乙分别于 2013 年和 2014 年征得政府同意，设立昂贵项目收费机制。如低收费病床病人的治疗涉及昂贵项目（包括药物及非药物项目）[7]，医院可按机制收取有关项目的采购价连同合理幅度的行政费用（约 3%至 10%）。医院每半年须向政府提交昂贵项目清单；如有新的昂贵项目，医院须提交相关资料予政府审批。

2.25 **图表 4** 及**图表 5** 分别比较两间私家医院各类别病床的收费[8]：

---

7 药物项目包括单价港币 1,000 元以上或被纳入医管局药物名册的特殊药物／自费药物。如药物单价少于港币 1,000 元，但药物是用于治疗严重疾病（例如癌症及免疫系统疾病）并需要长期服用有关药物的病人，而每日剂量费用为港币 1,000 元以上，卫生署会给予特别考虑和批核。非药物项目包括单价为港币 1,000 元以上的检查／治疗物料和植入仪器，或由第三者提供或租借的医疗仪器或服务。

8 截至 2019 年 8 月的资料。

图表 4：医院甲各病床类别的收费

项目	低收费病床	标准病房	半私家病房[9]
病床日租	住院：$120 日间护理／手术：$96	$560 至$750	$850 至$1,600
手术室[10]	$1,050 至$6,980	$1,500 至$9,970	$2,100 至$13,960
化验（肾脏功能测试）	$405	$580	$810
肺部 X 光检查	$148	$210	$296
脑部磁力共振扫描（平扫描）	$3,850	$5,500	$7,700

图表 5：医院乙各病床类别的收费

项目	低收费病床	标准病房	二等病房
病床日租	住院：$120 日间护理／手术：$96	$550 至$1,200	$1,600 至$2,500
手术室[11]（60 分钟）	$3,398	$4,530	$6,795
化验（肾脏功能测试）	$666	$888	$1,332
肺部 X 光检查	$203	$290	$406
脑部磁力共振扫描（平扫描）	$4,130	$5,900	$8,260

2.26 从**图表 4** 及**图表 5** 可见，不论医院甲或医院乙，低收费病床的每日病床租金，远较其他类别病床为低；至于低收费病床的其他医院费用，与该院最基本的标准病床相比，亦有大约七折优

[9] 医院甲的半私家病房约等于二等病房。

[10] 医院甲的手术室费用按不同手术项目而厘订，此费用范围仅包括常见手术之收费。

[11] 医院乙的手术室按使用时间收费。

惠。

帐单金额

平均帐单金额

2.27 两间私家医院每月须向卫生署提交病人使用低收费病床的帐单金额统计资料(上文**第 2.13 段**)。**图表 6** 及**图表 7** 载列医院甲和医院乙在 2019 年 5 月,平均每名低收费病床病人的帐单金额:

图表 6:医院甲低收费病床病人的帐单金额(2019 年 5 月)

平均住院日数:2.29 天

	每人帐单金额		
	平均金额	**第 25 个百分点**	**第 75 个百分点**
医生费用	$10,074	$800	$16,500
医院费用	$7,556	$3,137	$10,537
总金额	**$17,630**	**$3,937**	**$27,037**

图表 7:医院乙低收费病床病人的帐单金额(2019 年 5 月)

平均住院日数:2.6 天

	每人帐单金额		
	平均金额	**第 25 个百分点**	**第 75 个百分点**
医生费用	$21,668	$4,350	$31,500
医院费用	$20,151	$8,966	$16,462
总金额	**$41,819**	**$13,316**	**$47,962**

个案例子

2.28 本署检视了部分低收费病床病人帐单。以其中一宗在 2018 年于医院乙接受手术、留院三天的病人个案为例,有关的帐单金额如下:

图表 8:医院乙低收费病床病人的帐单例子

项目	金额	总金额

基本住院费用		
病床收费（3天）		**$360**
其他医院费用		
入院服务	$150	
非侵入性血压	$1,035	
电脑扫描（胸部）	$6,790	
供应室物料	$328	
化验费	$5,383	
心电图	$300	
内窥镜检查	$4,794	
氧气治疗费	$128	
药费	$1,788	
复苏室费	$270	
治疗及有关物料费	$927	**$21,893**
医生费用		
麻醉师	$3,000	
医生诊疗费	$2,400	
手术费	$12,000	**$17,400**
帐单总额		**$39,653**

2.29 若以低收费病床的医院收费为标准病房约七折作粗略推算，上文**第 2.28 段**所述的病人如果入住医院乙旧翼的五人标准病房，他需要支付的帐单总额较使用低收费病床高出逾一万元，约 27%（见**图表 9**）。每宗个案的实际费用（包括医院费用和医生费用），需视乎个别情况而定。

图表 9：入住低收费病床和标准病房的帐单比较例子

收费	低收费病床（实际费用）	旧翼 5 人标准病房（推算费用）
基本住院费用	$360	$1,650[12]
其他医院费用	$21,893	$31,276[13]
医生费用	$17,400	$17,400
帐单总额	**$39,653**	**$50,326**

以「套餐式收费」取代低收费病床的地契条款

2.30 行政会议于 2011 年 1 月通过日后政府有关批地兴建新私家医院的政策。根据有关政策，于政府预留土地发展的私家医院必须符合一系列最低要求，包括提供套餐式服务（即以全包价格为病人提供服务），惟有关要求不再包括提供低收费病床。

2.31 政府表示，就现时需按地契条款提供低收费病床的私家医院（即医院甲和医院乙），政府会根据行政会议于 2011 年 1 月通过的政策，于医院扩建或重建时，与承批人商讨透过修订地契条款加入提供套餐式服务的条件，以取代现时有关低收费病床的规定。

2.32 现时有一间私家医院须按与政府签订的服务契约提供套餐式服务。该院的服务契约条款规定，医院每年须有不少于 51%的住院病床日数是透过标准病床的套餐式服务收费形式，提供予本港居民；如违反服务契约的要求，政府会执行有关条款的罚则，包括要求医院缴付款项弥偿相关损失。

2.33 政府认为，病人如选择使用私家医院的低收费病床，纵使可以较廉宜的价格支付病床收费，但仍需就其他医院费用和医生费的部分缴付一定费用，总共所需的费用比公营医院仍然高出不少，确实费用亦较难在入院前作预测。对于大部分因财政原因而选择公营住院服务的病人而言，低收费病床的政策未能从财政上有效鼓励他们由公营住院服务转至私家医院服务。

---

12 医院乙旧翼的 5 人标准病房日租为 550 元（2019 年 8 月收费），住院 3 天合共 1,650 元。

13 以低收费病床的医院收费为标准病床约七折推算（$21,893÷0.7≈$31,276）。

2.34 此外，政府表示，不少选择私家医院服务的病人均有保险保障；对他们而言，在选择医疗服务时，只要保险的保障足以支付有关支出，价格水平并不一定是唯一的考虑因素，反而价格的确定性和收费透明度至关重要。推行套餐式服务可加强收费透明度，使病人能更准确地预算所需费用，从而为有能力使用私营医疗服务的人士提供诱因。相对低收费病床，套餐式服务能惠及更多市民。

2.35 除套餐式服务之外，政府表示，一直致力提高私家医院的收费透明度，并推出自愿医保计划，以鼓励有能力的市民由公营住院服务转至私家医院服务。政府认为，透过套餐式服务、提高私家医院的收费透明度及推行自愿医保，消费者可在有需要时更有信心选择使用私营医疗服务，从而减轻公营医疗系统的长远压力。

3

低收费病床的使用率

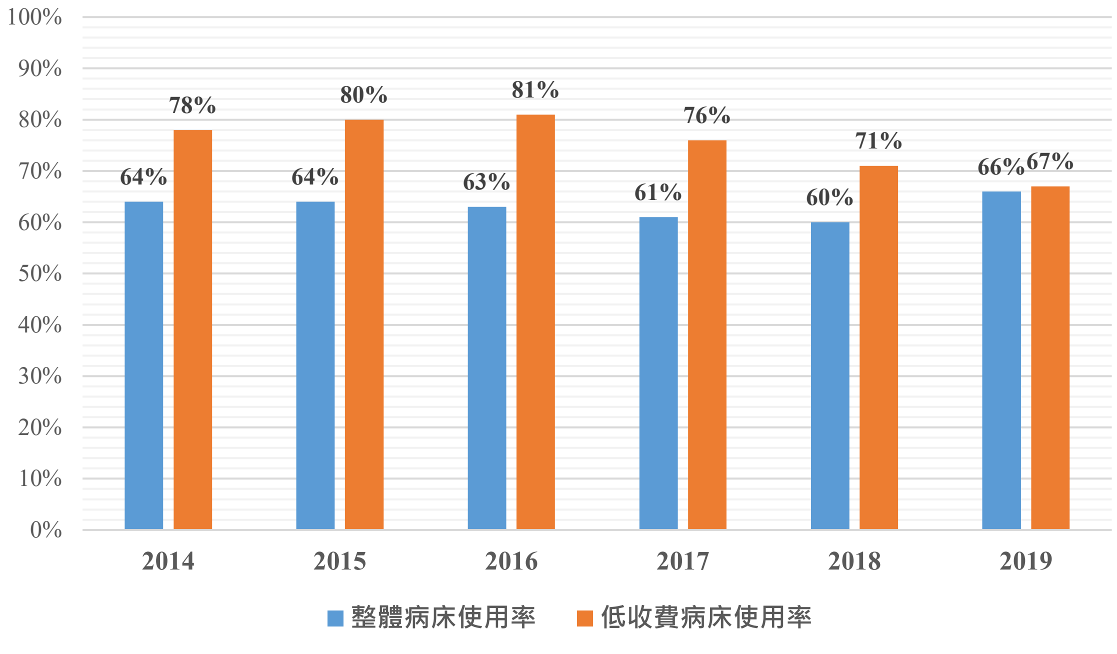
近年低收费病床的使用率

3.1 地契条款只规定私家医院须提供足够数目的低收费病床，但并无就低收费病床的使用率订立要求。

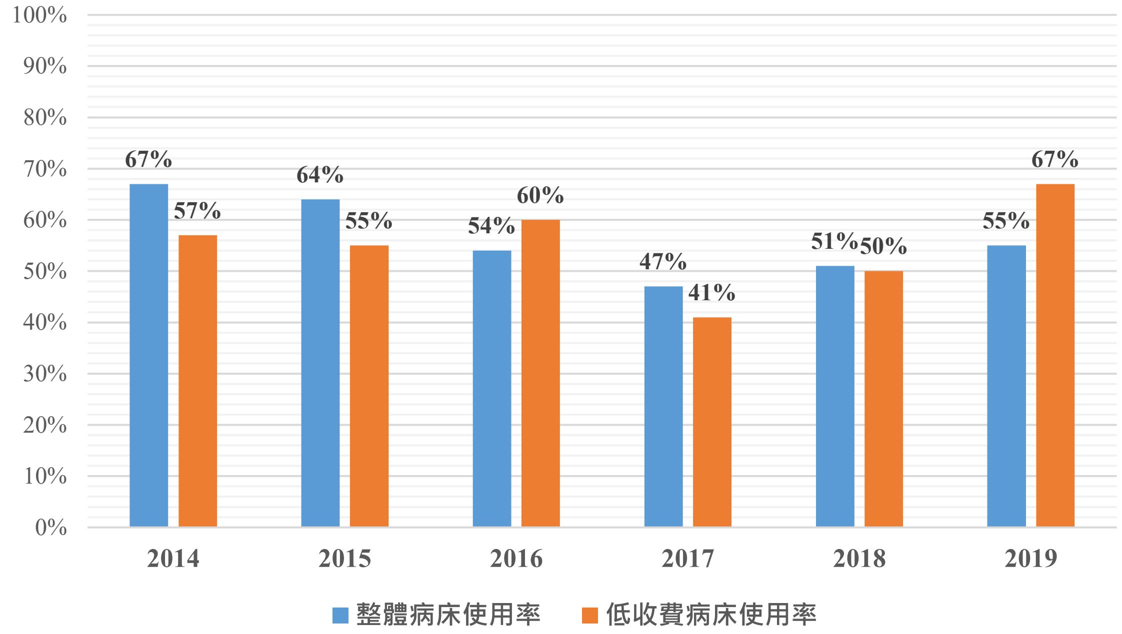
3.2 为监察两间私家医院是否已按地契条款规定提供足够数目的低收费病床，政府会收集相关私家医院低收费病床使用率的资料。虽然两间私家医院现行地契条款均未涵盖低收费病床使用率的要求，但若发现使用率未如理想，政府仍会积极建议医院检视原因及提议改善方案和采取措施，并会观察医院执行有关方案的成效。

3.3 医院甲和医院乙在2014年至2019年期间，每年的低收费病床使用率和整体病床使用率，见**图表10**及**图表11**。

图表10：医院甲的低收费病床使用率



图表 11：医院乙的低收费病床使用率



3.4 若低收费病床使用率持续低于有关医院的整体病床使用率，政府会建议有关医院检视原因及提供改善方案。医院甲在2014至2019年均达到上述水平（上文**第3.3段，图表10**）；惟医院乙在2014、2015、2017及2018年的低收费病床使用率，皆低于其整体病床使用率（上文**第3.3段，图表11**）。

3.5 政府表示，在2019年，两间私家医院的低收费病床使用率均已大致高于其整体病床使用率。

改善低收费病床使用率的措施

3.6 政府表示，以往医院乙的低收费病床使用率未如理想，有进一步提高的空间。政府于2017年4月建议医院乙检视原因及提供具体改善方案。医院乙当时承诺采取以下措施：

- 继续主动通知入院病人低收费病床服务的安排；
- 加强社区工作推广低收费病床服务；
- 提醒驻院医生及私家医生可主动建议病人入住低收费病床；

- 接收「大肠癌筛查先导计划」[14]的受资助人士入住低收费病床进行筛检；及

- 计划设立更多日间手术套餐服务供入住低收费病床病人选用。

3.7 此外，医院乙的低收费病床原本只接收外科病人。在政府提出并在医院乙同意下，该院的低收费病床于 2017 年 8 月开始接收内科和妇科病人。由 2018 年 6 月起，医院乙将入住低收费病床病人的年龄限制，由 18 岁或以上，放宽至 15 岁或以上。

病人拒绝入住低收费病床的原因

3.8 由于医院乙的低收费病床使用率在 2014 至 2015 年期间均较该院整体病床使用率为低，因应政府的建议，医院乙的病床预约中心由 2016 年 12 月开始统计病人拒绝入住低收费病床的宗数和原因，并将有关资料以统计资料形式纳入每月呈交予政府的低收费病床使用报告内。

3.9 根据医院乙提供给政府的统计资料，由 2016 年 12 月至 2017 年 11 月期间，该院病床预约中心主动提出安排低收费病床合共 3,151 次。然而，几乎全数病人均拒绝有关安排，只有 4 名病人（占 0.1%）接受安排。在政府积极建议医院乙须采取措施提升低收费病床使用率后，有关情况稍有改善。但截至 2018 年 9 月，仍只有 6%病人在经院方简介后愿意入住低收费病床。

3.10 医院乙的低收费病床自开设以来只设于旧翼，而根据该院的统计，绝大部分病人拒绝入住低收费病床的原因，是希望入住该院新院大楼的病房。有鉴于此，医院乙应政府的建议，在 2018 年 10 月 15 日开始于新院大楼的外科病房和妇科病房提供低收费病床（上文**第 2.17 段，图表 3**）。

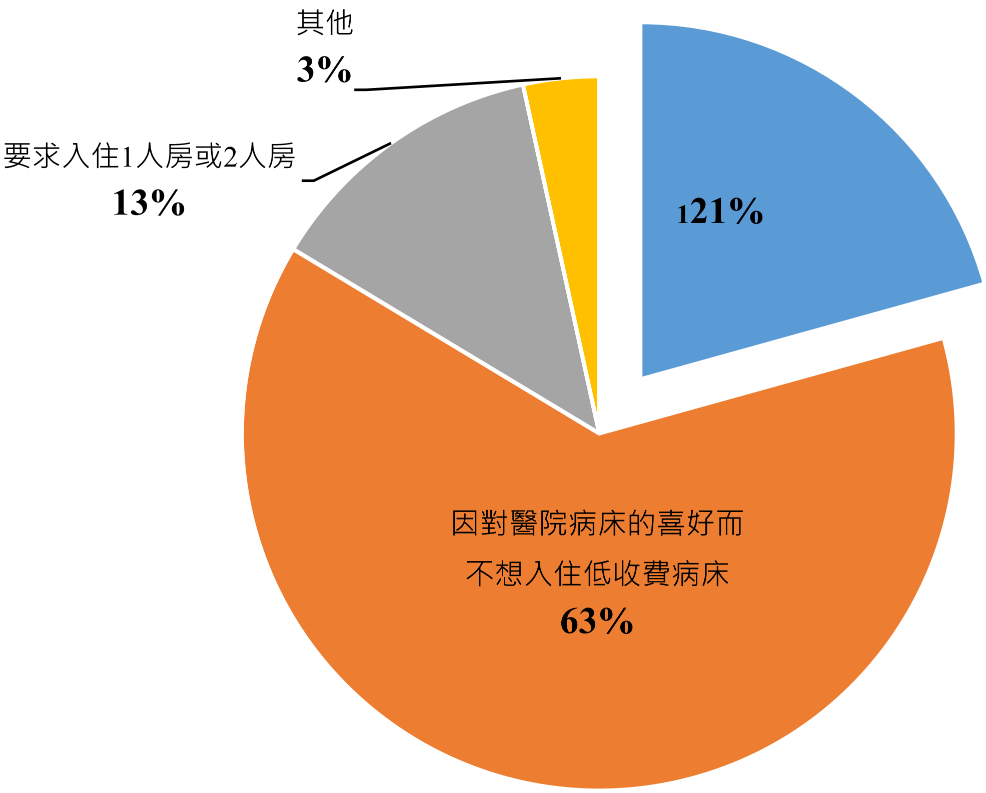
---

[14] 卫生署于 2016 年 9 月展开「大肠癌筛查先导计划」，分阶段资助香港居民接受大肠癌筛查。有关计划于 2018 年 8 月起恒常化，改称为「大肠癌筛查计划」。

3.11 医院乙在新院大楼增设低收费病床后，其使用率由 2018 年 10 月的 54%，上升至 2019 年 5 月的 77%；然而，值得留意的是，该院于 2019 年 5 月的统计资料显示，仍然有近八成病人拒绝入住低收费病床[15]。

3.12 当中，约六成病人基于「对医院病床的喜好」，而不想入住低收费病床；另有约一成病人获医疗保险保障而要求入住一人房或二人房。至于其余 3%个案的拒绝原因，包括病人需要入住的专科病房并无提供低收费病床，以及病人需要隔离治疗。有关的统计结果，见**图表 12**。

图表 12：医院乙主动提供低收费病床的统计（2019 年 5 月）



3.13 政府表示，病人是否选用低收费病床须视乎个人意愿，若病人已购买医疗保险，可按自己需求选择不同等级的病床，这因素或会影响病人的选择；此外，虽然低收费病床的收费较一般病床低，但病人仍须缴付一定费用。

---

15 医院乙的病床预约中心在 2019 年 5 月主动提供低收费病床的宗数为 788 宗，共有 625 名病人拒绝有关安排，占个案总数约 80%。

3.14 据本署向私家医院了解，有病人因担忧会被标签，或误会低收费病床的设备和服务会较一般病床为差，而抗拒入住低收费病床，更曾有病人不满医院主动安排低收费病床，并要求改住非低收费病床。

3.15 另外，据私家医院所称，病人的临床状况亦影响院方能否向其提供低收费病床，若病人需要特别的医疗设备，而提供低收费病床的病房并无设置有关设备，则有关病人便不能入住该院的低收费病床。

就低收费病床的宣传和推广

3.16 卫生署表示，在巡查私家医院的低收费病床服务时，会检视医院有否通知并提供足够告示及单张通知病人有关低收费病床服务的安排（上文**第 2.15 段**）。

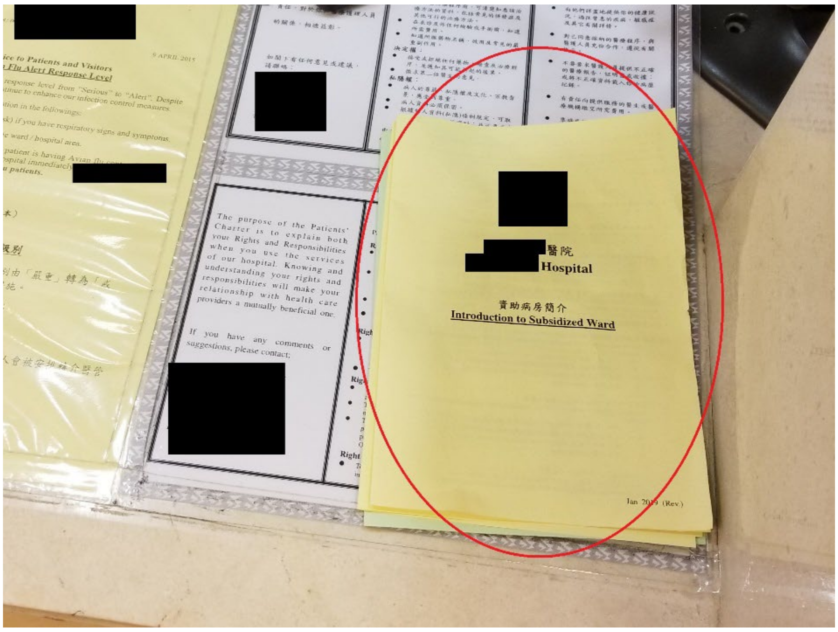
3.17 卫生署称，在过往的巡查中，两间私家医院的候诊大堂、入院部及相关楼层的护士站已张贴告示及摆放单张，告知病人低收费病床的入住条件及收费，并于入院部摆放相关服务的详细收费表。此外，医院网页亦上载了关于低收费病床的资料。

3.18 本署人员于 2019 年 7 月及 8 月曾到两间私家医院实地视察，有以下观察所得：

医院甲

3.19 医院甲大堂的入院登记柜位放有低收费病床的资料单张（见**图片 4**）；至于在告示板上张贴的收费表，虽然注明了该院设有「资助病房」(即设有低收费病床的病房），惟有关告示的字体细小，难以阅读（见**图片 5**）。

图片 4：医院甲入院登记柜位的低收费病床资料单张



图片 5：医院甲告示板上的收费表（红圈内为低收费病床的资讯）



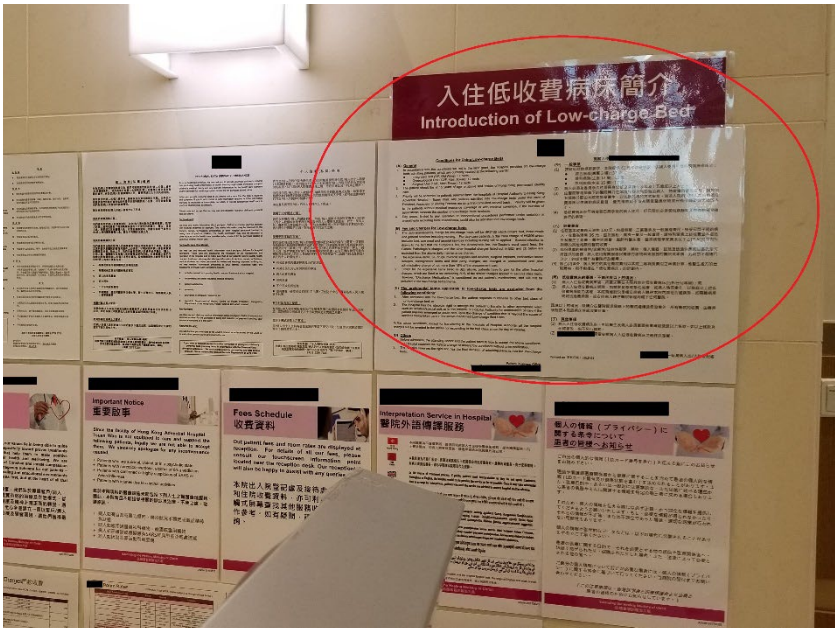
医院乙

3.20 医院乙在医院大楼多处放置了低收费病床的资料单张（见**图片 6**），在入院登记处亦张贴了显眼告示，通知病人有关低收费病床的入住条件和收费等（见**图片 7**）。此外，该院在大楼内的指示牌会特别注明哪一间病房设有低收费病床（见**图片 8**）。

图片 6：医院乙放置的低收费病床资料单张



图片 7：医院乙有关低收费病床的告示



图片 8：医院乙新院大楼的指示牌



两间私家医院的网站资讯

3.21 虽然政府表示，医院甲和医院乙的网页已上载了低收费病床的资料供市民浏览（上文**第 3.17 段**），但本署留意到，两间私家医院的网站主页均没设置显示有关低收费病床的资讯或连结[16]。

3.22 在医院甲的网站，须先进入「服务收费」的页面，再点击「病房收费」后，才会弹出小视窗列出各种类型的病房，包括资助病房（即设有低收费病床的病房）的相关资讯连结。医院乙的网站则须进入「住院需知 / 收费」页面后，才会显示有关低收费病床的资讯连结。

[16] 2019 年 9 月 30 日的情况。

4

转介公立医院病人入住低收费病床的安排

公立医院转介病人使用私营医疗服务的指引

4.1 医管局于 2012 年参考廉政公署防贪指引，就转介病人使用私营医疗服务制定了一般指引，提醒前线人员如何公平公正地转介病人接受私营医疗服务。

4.2 此外，医管局于 2014 年制定了既定程序，处理私营医疗机构提供低收费或有折扣临床服务的安排。该局称，根据有关机制，该局是否接纳私营医疗机构提供以上所述服务时，会考虑病人的需要、涉及的资源，以及风险评估等因素。

4.3 医管局表示，欢迎私营医疗机构提供低收费或有折扣的临床服务予医管局病人，但为避免引起潜在利益输送的错觉或误会，及出现不公平的情况，该局不会作为宣传平台主动推广有关服务，只会提议服务提供者自行采取其他宣传方法。

4.4 医院甲和医院乙曾分别去信不同联网的公立医院，邀请公立医院转介病人使用该院的低收费病床。其中，医院乙的低收费病床入住条件更列明，医管局辖下医院转介的病人会获优先处理；该院于 2015 年 4 月及 2016 年 1 月曾再次发信邀请医管局转介病人。

4.5 医管局确认个别公立医院曾接获上述的通知信，但该局表示，医院甲和医院乙向该局提供的低收费病床服务，属于上述指引涵盖的范围，公立医院职员只会在病人主动提出需要转介的情况下，才会协助病人作出相关安排，职员不会主动向病人提出转介。该局并无特别就私家医院的低收费病床订立恒常的转介机制。

4.6 政府则表示，私家医院去信通知公立医院有关低收费病床服务，主要是作为其中一项推广措施，将有关资讯告知希望使用私家医院服务的市民，让公立医院病人有多一个选择；至于病人是否入住则取决于其负担能力及意愿等因素，现时政府没有收集公立医院病人转用私家医院低收费病床的数字。

在流感高峰期转介公立医院病人使用低收费病床

相关的地契条款

4.7 上文**第 2.7 段**所述的地契条款订明，卫生署可藉着与医院甲和医院乙订立相互协议以使用低收费病床。

4.8 根据地政总署的《地政署指示》，卫生署署长及医管局行政总裁可按地契条款使用低收费病床，但前提是使用该等病床的病人不得属长期病患个案，及政府须支付该等病床的费用，而有关费用不得超出地契条款订明款额。

4.9 政府表示，医管局可因应个别情况，根据地契条款直接与两间私家医院就使用低收费病床订立协议，包括何时启动协议、适用的病人、转送和收费安排等，政府会就有关协议是否符合相关地契条款的规定，向医管局提供意见。

转介协议

4.10 虽然医管局表示，不会主动转介病人使用低收费病床（上文**第 4.3 及 4.5 段**），但该局于 2016 年与医院甲签订为期五年的协议，当传染病爆发时可转介非传染病的公立医院病人使用低收费病床，并在 2017 至 2018 年期间与医院甲就上述协议进一步签订附函[17]，将有关的转介安排扩展至流感高峰期，以纾缓公立医院在流感高峰期病床不敷应用的压力。该局于 2018 年 1 月亦与医院乙签订为期五年的转介协议，在传染病爆发期间或服务需求激增的情况下，转介公立医院病人入住该院的低收费病床。

---

[17] 医管局于 2017 年 7 月、2017 年 12 月及 2018 年 12 月与医院甲就转介协议签订附函（分别涵盖 2017/18 夏季流感高峰期、2017/18 冬季流感高峰期和 2018/19 冬季流感高峰期）。

4.11 根据有关协议，获转介的病人只须支付等同公立医院的基本住院费用（即每天 120 元）（上文**第 1.2 段，注 1**），其余费用全数由医管局负责，有关费用按照低收费病床的收费准则计算（上文**第 2.7 及 2.22 段**）。医管局负责缴付每位病人的费用上限为 45,000 元，当个案的费用达至上限的一半时，私家医院必须知会医管局并附上相关资料，医管局会研究是否需要把病人转回公立医院。

4.12 私家医院在指定的流感高峰期内须预留一定数目的低收费病床，以接收由医管局转介的病人。相关协议订明，医院甲须预留 48 张低收费病床，医院乙则须预留该院的一半、即 30 张低收费病床。医管局称在运作上，两间私家医院同意医管局于一天前预先通知医院预留翌日的病床数目，让有关医院作出安排。

4.13 根据相关协议，医管局在流感高峰期转介的公立医院病人须符合以下条件：

- 预计住院少于七日；
- 手术后处于康复期的病人；及／或骨科病例的病人；及／或非急性病例处于康复期的病人；及／或其他医管局及私家医院同意为状态稳定的病人；
- 没有任何活跃的传染疾病及／或具传染性的疾病；
- 病人不需要紧急或频密的物理治疗。

4.14 医管局前线人员会甄选合适病人，在得到其同意后作出转介安排。为免加重前线人员的工作量，该局并无要求前线人员记录病人的转介意向资料及其拒绝原因。

转介数字

4.15 医管局在过去的流感高峰期，转介公立医院病人入住医院甲和医院乙低收费病床的数字，见**图表 13**。

图表 13：在流感高峰期获转介入住低收费病床的病人数字

流感高峰期	时期	医院甲		医院乙	
		转介病人数目	住院日数	转介病人数目	住院日数
2017 夏季流感	2017 年 7 月至 9 月	35	147	-	-
2017/18 冬季流感	2018 年 1 月至 4 月	24	103	1	7
2018/19 冬季流感	2019 年 1 月至 5 月	25	113	1	7
获转介的病人总数		**84**		**2**	
		86			

4.16 从**图表 13** 可见，获转介入住低收费病床的公立医院病人甚少，医院甲在三次流感高峰期只接收了 24 至 35 名公立医院病人，医院乙在两次流感高峰期合共更只接收了两名病人，转介数字寥寥无几。

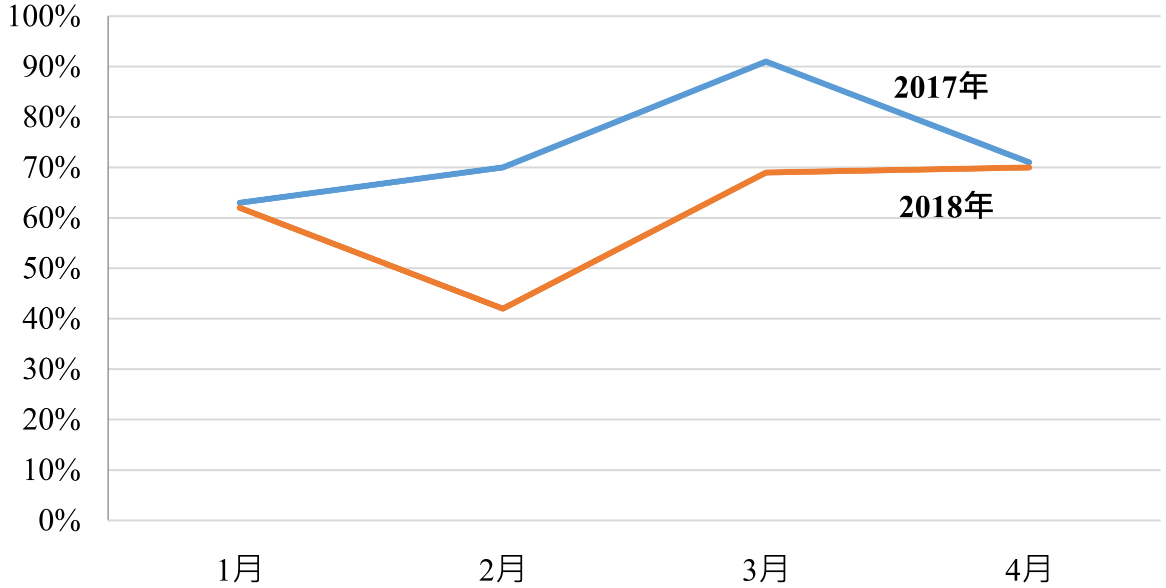
4.17 以 2017 年夏季流感高峰期为例，启动协议的日期总共 41 天[18]，如以医院甲预留 48 张低收费病床计算，合共可提供的病床日数为 1,968 天。换言之，如每名病人留院少于 7 天，医院甲至少可接收 281 名公立医院病人。不过，公立医院最终只向医院甲转介了 35 名病人，住院日数共 147 天，仅占医院甲可提供的低收费病床日数约 7.5%。

4.18 两间私家医院均向本署反映，公立医院的转介数字远逊预期，而由于院方按协议须预留一定数目的低收费病床接收转介病人（上文**第 4.12 段**），惟实际的转介数字偏低，导致院方在启动有关的转介协议期间，低收费病床的使用率较平日（非协议期间）更低。

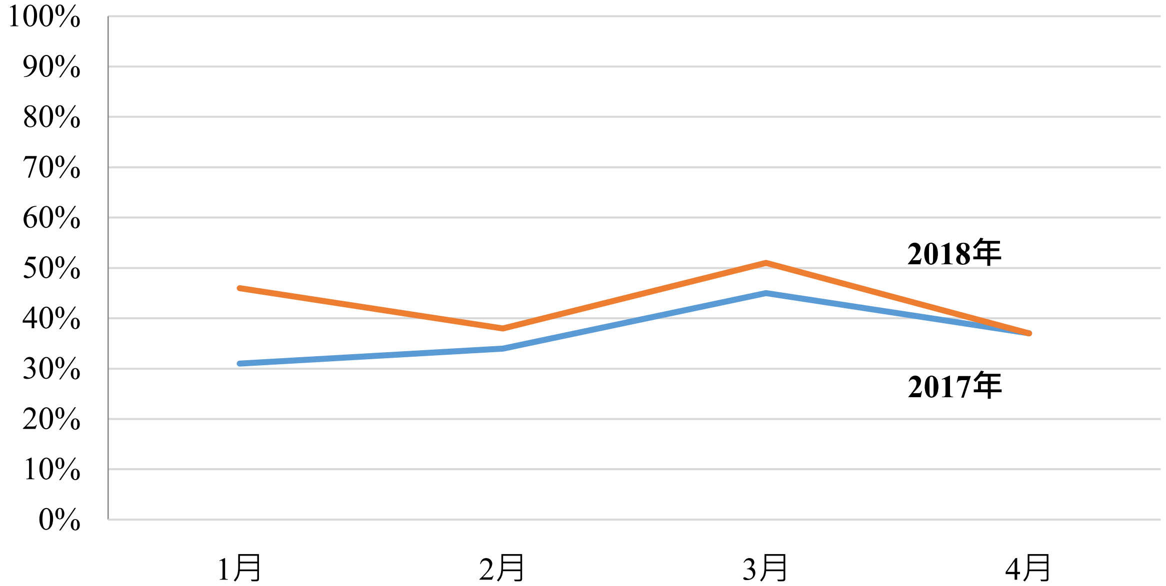
4.19 **图表 14** 和**图表 15** 把私家医院 2018 年 1 月至 4 月（即 2017/18 冬季流感高峰期转介协议启动期间）的低收费病床使用率，与 2017 年同期（没有转介协议）作比较。

[18] 协议于 2017 年 7 月 26 日至 9 月 4 日启动。

图表 14：医院甲在 2017 年及 2018 年 1 月至 4 月的低收费病床使用率



图表 15：医院乙在 2017 年及 2018 年 1 月至 4 月的低收费病床使用率



4.20 从**图表 14** 和**图表 15** 可见，在 2018 年 1 月至 4 月、即 2017/18 冬季流感高峰期转介协议期间，医院甲的低收费病床使用率明显较 2017 年同期为低，而医院乙则与 2017 年同期相若。

4.21 医院乙表示，由于在 2017/18 冬季流感高峰期，该院仅接收一名病人，与医管局商讨后，该院于 2018/19 冬季流感高峰期，只会在接获公立医院通知将会转介的病人数目后，才调配足够的低收费病床接收有关病人。

转介数字偏低的原因

4.22 医管局承认上述转介协议成效不佳。该局解释，是项转介安排除了须获病人同意之外，病人亦须符合指定的临床条件才获得转介（上文**第 4.13 段**）。

4.23 医管局称，为确保病人安全，相关的临床转介标准需较为严谨，以免有病人因临床情况恶化而被送回公立医院，该局与私家医院均同意情况稳定的病人才适合转介；而前线人员在甄选期间发现大部份病人的临床情况并不适合转介。最终获转介的 86 名病人中（上文**第 4.15 段**，**图表 13**），有 12 名病人因病情恶化而须送回公立医院治疗。

4.24 医管局进一步表示，虽然该局以应急及试验性质尽量配合使用低收费病床，但公立医院与私家医院提供的医疗服务模式有差异，需要跨专业及跨专科医疗服务的公立医院病人一般不适合转介至私家医院。

改善转介协议成效的措施

4.25 流感高峰期的转介协议订明了可获转介的病人须符合之条件（上文**第 4.13 段**），当中并无就转介病人的年龄订立上限，惟医院甲初期只接收 70 岁或以下的病人（医院乙则没设定年龄上限）。而本署收集公众意见时（上文**第 1.6 段**），有公立医院前线医生透露，在实际运作上，甄选病人作转介的临床准则甚为严格，致使可获转介的病人数目其实非常有限。

4.26 根据医管局与医院甲于 2019 年 2 月进行会议的记录，曾经有病人于转院当天被诊断心律过慢，医院甲基于未能确定有关病因，最终未有接收该名病人；另有病人于转院当天因为发低烧而被取消转介。

4.27 就此，医管局表示，每次安排转介病人前，均须与有关私家医院作出紧密沟通，并确实得到双方同意才作转介，故在过去的流感高峰期，并没有私家医院（包括医院甲和医院乙）拒绝接收公立医院病人的个案。

4.28 医管局于 2018 年 9 月至 2019 年 2 月期间，曾与医院甲进行两次会议，商讨可否扩阔临床标准让更多病人受惠，并令前线人员在甄选病人时较有弹性。

4.29 根据有关的会议记录，双方同意放宽转介病人的准则，包括：取消 70 岁以上的年龄上限、加开物理治疗时段、可转介心律过慢的稳定个案等；卧床个案如只涉及基本护理服务（如更换尿片）亦可被转介。双方于 2019 年 3 月进一步同意将转介安排扩展到复康医院病人。

4.30 另一方面，医管局和医院甲在上述会议中亦确认部分转介病人的临床准则限制，例如所有发烧个案应先确定发烧原因才可作转介；此外，由于私家医院不能对病人作身体约束，故有骚扰行为（如叫嚷、游走）的认知障碍症病人亦不应被转介。

转介所需的人手和行政安排

4.31 根据本署收集到的公众意见，有公立医院前线人员向本署反映，院方负责甄选合适病人作出转介的人手并不足够，医院在周末时更是没有职员进行甄选。而在获得病人同意转介后，私家医院亦要求公立医院填交多份表格，涉及的行政和文书工作繁重。

4.32 医管局回应称，公立医院会安排前线人员负责甄选工作，由于私家医院在周六及周日没有联络员处理转介事宜，公立医院的甄选工作会安排在周一至周五进行。该局表示，每次甄选过程包括拣选合适个案、向病人及其亲属解释细节、预备有关文件（包括病人出院病历摘要、转介表格和病人同意书）、与私家医院作转介前的沟通、安排非紧急救护车接送和出院后的跟进。

4.33 就可否简化转介病人的行政程序，医管局表示，为确保病人安全，转介过程必须谨慎处理，而前线人员须用上不少时间甄选合适病人，并向病人解释细节。前线人员与病人的沟通是必不可少，有助病人决定是否接受转介。

公立医院善用低收费病床的其他可行措施

4.34 医院甲和医院乙与本署会面时均表示，院方欢迎医管局转介正在轮候接受治疗的公立医院病人入住该院的低收费病床，由该院向有关病人提供医疗服务。事实上，为鼓励市民使用私营医疗服务，政府和医管局近年推行多项公私营协作项目，资助合资格的病人在私营医疗机构接受治疗，大肠癌筛查计划便是其中一个例子。

4.35 就可否利用低收费病床推行公私营协作项目，医管局表示，目前的公私营协作项目中，病人大多数是属于单次治疗、长期病患或偶发性疾病的非住院病人，或是需要长期住院的疗养服务病人，他们均不适合转介到私家医院的低收费病床。

4.36 医管局表示，流感高峰期的转介安排事倍功半，成效不佳，公立医院花费大量人力物力甄选病人，令前线医护人员的工作量百上加斤，惟最终适合并同意转介的病人极少，不符成本效益。

4.37 医管局强调，有效使用低收费病床乃私家医院的责任，这方面的监管并不属医管局的权责。该局在考虑能否配合卫生署和私家医院更广泛地利用低收费病床时，关键在于有关安排是否普遍适用于公立医院病人，考虑因素包括运作可行性、病人治疗的安全和成效、病人是否接受，以及有关安排能否有效纾缓公营医疗体系的压力。

4.38 医管局重申，公立医院与私家医院提供医疗服务的运作模式有很大差异，私家医院只接收非慢性长期病患者，住院日数亦有限制，而公立医院病人则多患慢性长期疾病；根据在流感高峰期转介病人的经验，前线人员甄选病人涉及不少医疗专业行政工作及时间处理，而大部份病人并不适合转介，过去亦有病人因病情恶化而须送回公立医院，令病人承受不必要的舟车劳顿之苦，亦加重前线人员的日常负担。因此，该局认为并不适合就低收费病床制定恒常转介机制。

5

本署的评论及建议

绪言

5.1 两间私家医院获政府以1,000元的象征式地价批地发展医院，相关的地契条款加入低收费病床的规定，用意是私家医院以优惠地价获批土地的同时，需要承担某程度的社会责任，回馈有需要的病人。

5.2 事实上，政府一直积极推动私营医院发展，鼓励有能力负担的市民使用私营医疗服务，以纾缓公立医院的压力。私家医院的低收费病床可提供诱因，吸引部分负担能力较高的市民使用私营医疗服务，公立医院腾出的服务空间便能惠及更多基层市民。

5.3 截至2019年12月，两间私家医院合共提供164张低收费病床。虽然病床数目骤眼看来并不多，但若以每名病人平均住院2至4天，而入住率约八成计算，低收费病床一年最多可服务大概1.2万至2.4万人次。低收费病床如能加以善用，应有助减轻整体医疗系统的负担，也配合政府鼓励市民使用私营医疗服务的政策方向（上文**第5.2段**）。

5.4 然而，在审计署于2012年发表审计报告之前，要求医院甲和医院乙必须提供低收费病床的地契条款规定未获有效执行（上文**第2.12段**）。据审计报告披露，医院甲在2008年的低收费病床使用率仅为1%，在2009至2011年期间则介乎23%与45%之间。

5.5 本署欣见，政府其后加强监管两间私家医院有否按地契条款提供低收费病床，并同时积极建议有关医院采取一系列措施以提升其低收费病床的使用率（上文**第2.13至2.16段**）。到了2017年，政府进一步要求医院乙采取措施改善低收费病床的使用率，包括放宽病人年龄限制及在新院大楼提供低收费病床（上文**第3.7及3.10段**）。

5.6 从**图表 10** 及**图表 11**（上文**第 3.3 段**）可见，两间医院于 2014 至 2019 年间的低收费病床使用率，已较审计报告发表之前大幅提升（上文**第 5.4 段**）。本署对政府的正面态度及所付出的努力予以肯定和赞赏。

5.7 纵然如此，今次主动调查发现，政府当局在推广低收费病床的使用上，仍有可优化之处。此外，今次调查亦揭示，医管局在流感高峰期与两间私家医院就低收费病床的转介安排，成效有欠理想。

5.8 总括而言，本署有以下的观察和评论：

（一）政府应继续观察并重新检视低收费病床的政策

5.9 政府表示，由于两间私家医院的地契条款并无界定低收费病床的使用条件（包括使用率），以致有关低收费病床的规定难以执行；加上过往低收费病床的提供未能有效鼓励市民由公营住院服务转至私家医院服务，政府在充分考虑及检讨低收费病床的政策后，于 2011 年 1 月决定，日后与各私家医院的批地契约续期时，将会引入套餐式服务以取代提供低收费病床的规定（上文**第 2.30 至 2.35 段**）。

5.10 然而，对于政府上段所述，本署须指出，行政会议于 2011 年 1 月作出上述决定时，低收费病床的规定根本未获有效执行，当时低收费病床的使用率十分低，成效存疑；但在审计署于 2012 年发表相关报告后，当局加强执行有关规定，现时低收费病床的使用情况相对于 2011 年或以前经已有大幅改善（上文**第 5.4 至 5.6 段**）。医院甲和医院乙的相关地契分别于 2047 年 6 月和 2060 年 6 月才期满（上文**第 2.6 及 2.8 段**），距今仍有数十年之久。本署认为，在相关地契期满之前，值得政府重新检视低收费病床的政策。

5.11 纵使政府强调提供低收费病床对于疏导公立医院的病人往私家医院的成效极为有限，但本署认为，低收费病床仍有其可取之处，不但可吸引部分负担能力较高的市民转为使用私营医疗服务，医管局亦可在有需要时利用有关机制以纾缓公立医院住院服务的负荷。再者，低收费病床的规定亦转达了有关私家医院以优

惠地价获批土地后，须承担社会责任的讯息。纵使食卫局和卫生署称低收费病床的规定难以执行，但当政府加强执行有关规定后，低收费病床的使用率随即明显改善。事实上，两间私家医院一直作出配合，采取措施以改善有关病床的使用率（上文**第 5.5 至 5.6 段**），这正好反映有关规定并非无法有效地执行。

5.12 低收费病床固然不能被视之为改善公私营医疗失衡的灵丹妙药，但低收费病床的政策无疑可为有能力使用私营医疗服务的市民提供额外诱因，与政府近年推出的套餐式服务和自愿医保政策，其实并无抵触，甚至可谓相辅相成。套餐式服务和低收费病床的规定，两者其实并不相悖，政府并无必要二择其一，例如私家医院可以在低收费病床提供较便宜的套餐式服务。

5.13 虽然政府表示，低收费病床未能在财政上吸引病人由公立医院转而使用私家医院服务（上文**第 2.33 段**），但本署须指出，不论低收费病床抑或套餐式服务，收费均必然远高于公立医院，两者的直接对象其实均非基层市民，而是一些负担能力较高的市民，鼓励他们使用私营医院服务，公立医院腾出的资源便可服务更多基层市民。即使病人有购买医疗保险，保险保障一般亦设有上限，倘若入住低收费病床，令其保险保障足以涵盖大部分收费，亦会令有关病人更愿意选择入住私家医院。

5.14 鉴于以上所述，本署认为，低收费病床确实有其可取之处，而套餐式服务仍在起步阶段，既然两间私家医院直至相关地契期满之前（至少还有二十多年），仍须提供低收费病床，政府在现阶段应继续密切观察低收费病床的使用情况，积极检视如何可更有效地善用低收费病床，并在未来检视套餐式服务政策时，按照当时情况，重新检视低收费病床政策。

（二）医管局应善用低收费病床分流病人至私营医疗系统

5.15 现时，香港的公营及私营医疗系统严重失衡，超过九成的住院服务由医管局辖下的公立医院提供，而私营医疗系统只服务余下一成的病人。公立医院的负担之重，已是不言而喻，每逢流感高峰期，公立医院病床爆满的情况更是屡见不鲜。

5.16 近年来，政府为改善公、私营医疗服务需求失衡的情况，一直鼓励有负担能力的市民使用私营医疗服务。本署认为，政府推行低收费病床的目的之一，应是配合政府鼓励市民使用私营医疗服务的一贯政策，以纾缓公立医院长期以来的压力。医院甲和医院乙的低收费病床使用率最高约七至八成，仍有剩余空间接收公立医院的病人。

5.17 本署同意，监察和改善低收费病床的使用情况并非医管局的责任（上文**第 4.37 段**）。然而，医管局如能善用低收费病床，不但可减轻公立医院的压力，腾出的资源更可服务有需要的病人。本署认为，医管局与医院甲和医院乙签订协议，在流感高峰期转介病人入住低收费病床（上文**第 4.10 段**），是一项方向正确且具积极意义的尝试。是次主动调查发现，医管局在利用低收费病床分流病人至私营医疗系统的做法上，有以下可予改善之处：

(1) 应针对流感高峰期的转介协议成效不彰的问题采取措施

5.18 资料显示，医管局在流感高峰期的转介安排成效不彰，获转介的病人寥寥可数，其中医院乙在先后两次的流感高峰期，合共只接收了两名公立医院病人（上文**第 4.15 段**，**图表 13**）。更甚的是，两间私家医院按协议规定，须预留一定数目的低收费病床准备接收公立医院病人，但转介数字甚低，导致大量低收费病床闲置，可谓适得其反，医院甲在转介协议启动期间，低收费病床使用率的确较前一年同期为低（上文**第 4.18 至 4.20 段**）。

5.19 对于转介数字偏低，医管局解释，为确保病人安全，临床转介标准需较为严谨，该局和私家医院均同意，情况稳定的病人才适合转介，而过往前线人员在甄选期间发现大部分病人并不适合转介（上文**第 4.22 至 4.24 段**）。资料显示，即使目前公立医院主要甄选处于康复期或状态稳定的个案作转介（上文**第 4.13 段**），惟最终被转介的 86 名病人当中，仍有 12 人因病情恶化而须送回公立医院接受治疗（上文**第 4.23 段**）。

5.20 本署认为，医管局在过去三次的流感高峰期转介安排，成效均不理想，医管局有需要检讨个中原因，并重新检视目前的转介安排，以提高其效益。

研究放宽转介病人的限制

5.21 医管局表示，入住公立医院的病人大部分是患慢性长期疾病的长者，而在流感高峰期需留院接受治疗的，大多为内外科病人。这些病人因身体不适到公立医院急症室求诊后，医生需花时间进行详细检查、化验、放射造影等医疗程序，并根据对病人的临床观察以确定病因，然后对症下药。因此，公立医院难以在病人入院初期便甄选及转介他们入住私家医院低收费病床。

5.22 本署理解，公立医院在流感高峰期时，承受压力的主要是内外科病房，但如上段所述，医管局要甄选内外科急症个案作转介，确实有一定难度。另一方面，据本署了解，部分内外科病人在病情稳定后，需要转至疗养康复科等其他科目的病床，接受延续护理或其他治疗。因此，本署认为，医管局可研究放宽转介病人的限制（包括现时七天的住院日数限制），将疗养康复科等其他科目的病人纳入可作转介之列，以便腾空有关床位接收更多内外科病人，加快病床流转，从而纾缓内外科病房的压力。

改善和简化转介病人的行政工作

5.23 有公立医院医生透露甄选病人的人手不足，加上转介病人的行政工作繁重，故只能在周一至周五甄选病人作转介（上文**第4.31段**）。本署认为，转介安排原意是减轻公立医院在流感高峰期时的负担，倘若相关行政工作流于繁复，不但本末倒置，亦降低了前线人员主动转介病人的动力。

5.24 因此，医管局应研究如何精简目前甄选病人的行政安排，尽量简化相关的行政工作。此外，为避免浪费私家医院在转介协议期间预留的低收费病床，医管局应与两间私家医院研究改善预留病床的要求，令有关安排更具弹性。

考虑将转介安排恒常化

5.25 现时，除了在流感高峰期之外，医管局并未设立恒常机制主动转介病人使用私家医院的低收费病床（上文**第4.5段**）。就此，医管局表示，根据该局在流感高峰期转介病人的经验，甄选病人涉及不少医疗专业行政工作，最终大部分病人的临床情况并不适合转介，令转介的工作不符成本效益（上文**第4.36至4.38段**）。

5.26 然而，正如本署于上文**第 5.20 至 5.24 段**所述，医管局应该检讨并改善转介安排的成效、简化行政工作，而非因噎废食。另一方面，本署亦理解医护人员于流感高峰期的临床工作十分繁重，未必可腾出时间处理甄选和转介病人的工作。有鉴于此，本署认为，医管局可视乎日后的转介成效，积极研究将转介安排恒常化，在流感高峰期以外的时间转介病人，既可避免在公立医院的压力迫在眉睫之时才启动转介安排，而医护人员在非繁忙时期有较多时间安排转介病人，亦可藉此累积甄选及转介病人使用低收费病床的经验，有望改善整体的转介成效。

(2) 医管局应探讨更多可行方法善用低收费病床

5.27 本署认为，为改善目前公私营医疗失衡的情况，医管局应与两间私家医院进一步探讨其他可行措施，善用低收费病床以分流公立医院的病人。

<u>研究如何吸引正在轮候接受治疗的公立医院病人转用低收费病床</u>

5.28 医管局指，公立医院较多患慢性／长期疾病的病人，他们住院日数较长，需要跨专业及跨专科医疗服务，故通常不适合转介至低收费病床（上文**第 4.38 段**），但事实上，公立医院也有不少非慢性／长期病患者，例如正轮候入院进行单次手术之病人。

5.29 虽然医管局表示，公立医院在流感高峰期会尽量减少一些已预约入院接受治疗的病人约期，以便腾出更多人手和资源应付因急症入院的病人，但流感高峰期一般数以月计，公立医院难以完全停止处理这类病人，何况公立医院在流感高峰期过后，仍需要重新跟进这些累积下来的个案。因此，本署认为，值得研究如何吸引这类非危急，病情相对稳定的病人使用低收费病床以进行所须的手术。

5.30 本署建议，医管局可与两间私家医院磋商，研究如何吸引一些经已预约、正轮候入院接受治疗的病人，转为使用私家医院的低收费病床，以纾缓公立医院的压力。例如，私家医院可向转为使用低收费病床的公立医院病人提供额外优惠，或特别提供一些较便宜的套餐式收费服务等。

5.31 虽然低收费病床所涉费用仍远高于公立医院，但对于有负担能力的病人而言，入住低收费病床可以较低的费用于私家医院接受治疗，既免却继续轮候，亦可在较低密度的环境治病，对病人而言无疑具吸引力，公立医院亦可减轻其整体负担，可谓各得其所。

<u>探讨透过公私营协作模式转介病人使用低收费病床</u>

5.32 目前，医院乙利用低收费病床接收「大肠癌筛查先导计划」的受资助人士（上文**第 3.6 段**），该计划属于卫生署公私营协作计划。本署认为，医管局可按公立医院的服务需求，积极探讨在哪些住院项目上，可透过类似的公私营协作模式，资助并转介病人入住低收费病床，并由私家医院提供治疗。

5.33 医管局指，该局目前的公私营协作项目主要涵盖非住院或疗养病人（上文**第 4.35 段**），故该局认为该些协作项目并没有需要使用低收费病床。尽管如此，据悉，医管局在其他公私营协作项目亦会向病人提供资助。本署认为，倘若透过低收费病床推行公私营协作，或可以降低该局的资助成本。而两间私家医院均已表明，欢迎医管局转介个案入住低收费病床（上文**第 4.34 段**）。

5.34 至于医管局忧虑，如主动推广私营医疗服务会引起潜在利益输送的错觉或误会（上文**第 4.3 段**），本署认为，倘若该局订立透明机制，并向前线人员提供清晰指引，理应可释除公众疑虑。何况，是否入住低收费病床，病人有最终的自主权。长远而言，医管局更可邀请其他私家医院参与不同模式的合作计划，互相竞争，由病人自行选择。

（三） 政府应探讨如何加强推广低收费病床

5.35 本署于 2019 年 7 月向公众宣布就此课题展开主动调查后，公众舆论显示有不少市民及私家医生均不知道有低收费病床服务。本署认为，政府在推广低收费病床和进一步改善其使用率上，有以下可予提升之处：

(1) 加强向公立医院病人推广低收费病床

5.36 卫生署表示，作为监管私家医院及协助执行地契条款的政府机构，卫生署不应协助私家医院宣传或推广医院服务（包括低收费病床服务），以免与其监管角色有所冲突，及使公众混淆卫生署的规管角色。对此，本署须指出，低收费病床的提供，是因应政府以优惠地价批出土地给两间私家医院而衍生出来的，无疑涉及公共资源，有别于一般私营机构提供的商品及服务。因此，政府应该就低收费病床向市民提供充足资讯。

5.37 虽然卫生署在巡查时会检视私家医院有否通知病人有关低收费病床服务的安排（上文**第 3.16 段**），但私家医院的接触面大部分为本身已计划入住该院的病人，而相对较少触及一些本来未有考虑私营医疗服务的病人。本署认为，政府可利用各种渠道，加强向公众推广低收费病床，例如透过医管局在公立医院张贴宣传海报和告示，告知公立医院病人有关低收费病床的资讯。政府亦应积极研究其他方法，增加低收费病床的吸引力，以鼓励更多负担能力较高的病人转用私营医疗服务，例如建议私家医院利用低收费病床提供价格较优惠的套餐式服务。

(2) 鼓励医院乙增加在新院大楼低收费病床的数目

5.38 病人是否选择低收费病床，固然有其各自的考虑因素，但一般而言，既然低收费病床的规格与一般的标准病房相同，服务亦无分别，病人理应较倾向选择收费较便宜的低收费病床。不过，医院乙在 2014 至 2019 年期间，六年中有四年的低收费病床使用率均较该院整体病床的使用率为低（上文**第 3.3 段**，**图表 11**）。

5.39 医院乙的低收费病床自开设以来只设于旧翼，而事实上大部分病人拒绝入住低收费病床的原因，是希望入住该院新院大楼的病房。虽然医院乙已应政府的建议，在 2018 年开始于新院大楼的外科病房和妇科病房提供低收费病床，惟大部分的低收费病床仍设于旧翼，这会减低病人使用医院乙低收费病床的意欲。

5.40 本署认为，政府可与医院乙商讨在该院新院大楼的病房进一步增加低收费病床的数目，以吸引更多病人使用该院的低收费病床。

(3) 建议私家医院进一步推广及优化低收费病床的提供

5.41 两间私家医院均有在其大楼内提供低收费病床资讯，但本署发现，医院甲的相关告示字体甚为细小，难以阅读（上文**第3.19段，图片5**），而两间私家医院的网站首页亦未有显示低收费病床的资讯（上文**第3.21至3.22段**）。本署认为，政府应与私家医院商讨，以探讨加强在其网站和其他渠道宣传低收费病床的可行性，例如仿效停车场的做法，在医院大堂实时显示低收费病床的空置数目，以及定期公布低收费病床的使用情况。

5.42 另一方面，部分病人因担忧会被标签或误会低收费病床的设备和服务会较一般病床为差，而抗拒入住低收费病床（上文**第3.14段**）。医院乙在大楼内的指示牌更会明确标示哪间病房设有低收费病床（上文**第3.20段，图片8**）。本署认为，政府应建议私家医院设法消除低收费病床可引致的误解和负面观感，例如清楚解释低收费病床的规格和服务与一般病床无异，及改用比较正面的名称（如优惠病床）。

5.43 此外，私家医生经常会转介病人入院（不论是公立医院或私家医院）。因此，除了针对病人作宣传推广之外，私家医院可定期向全港私家医生发放有关低收费病床服务的资讯，提醒医生可直接向需要入院的病人提供低收费病床资料，让病人自行选择是否入住有关病床。

建议

5.44 鉴于以上所述，本署对食卫局、卫生署和医管局有以下建议：

食卫局和卫生署

(1) 观察低收费病床的使用情况，积极检视如何可更有效地善用低收费病床，并在未来检视套餐式服务政策时重新检视低收费病床政策（上文**第5.14段**）；

(2) 主动利用各种渠道，加强向公众推广低收费病床，包括在公立医院张贴海报和告示（上文**第5.37段**）；

(3) 积极研究如何增加低收费病床的吸引力，例如建议私家医院利用低收费病床提供价钱较优惠的套餐式服务（上文**第 5.37 段**）；

(4) 与医院乙商讨在该院新院大楼的病房进一步增加低收费病床的数目（上文**第 5.40 段**）；

(5) 建议私家医院加强宣传低收费病床，例如定期通知私家医生有关低收费病床的安排，及设法消除低收费病床可引致的误解和负面观感（上文**第 5.41 至 5.43 段**）；

医管局

(6) 检讨流感高峰期转介安排成效欠佳的原因，并重新检视目前的转介安排，以提高转介安排的效益（例如放宽转介病人限制及简化相关的行政工作）（上文**第 5.20 至 5.24 段**）；

(7) 改善在流感高峰期转介协议期间低收费病床的预留安排，避免浪费（上文**第 5.18 及 5.24 段**）；

(8) 视乎日后的转介成效，积极研究将流感高峰期的转介安排恒常化（上文**第 5.26 段**）；

(9) 与两间私家医院探讨其他可行措施，善用低收费病床分流公立医院的病人，例如研究如何吸引经已预约入院接受治疗的公立医院病人选择入住低收费病床，以及探讨透过公私营协作的模式转介病人使用低收费病床（上文**第 5.27 至 5.34 段**）。

鸣谢

5.45 本署调查期间，食卫局、卫生署、医管局和涉及的两间私家医院（即医院甲和医院乙）均予以配合，申诉专员谨此致谢。

申诉专员公署
档案：OMB/DI/433
2020 年 7 月

公署会不时在面书上载个别投诉个案的调查报告，欢迎赞好或追踪本署面书粉丝专页，以获取最新资讯：
https://www.facebook.com/Ombudsman.HK

附 件

附件

图 1：医院甲的低收费病床入住条款

有關入住[redacted]資助病房之條款

1. 按政府批地條款要求，[redacted]醫院現提供 103 張資助病床，讓有需要病人入住以接受***非緊急***檢查及治療，包括一般內科及外科治療。資助病房並非為長期病患而設。
2. 一般情況下，病人入住資助病房以七天為限，以增加病人使用的流動性。
3. 資助病房亦可供對病床有確實需要之日間護理病人使用，但只限於血液透析(洗腎)及須使用鎮靜/全身麻醉藥物後進行的入侵性治療等。
4. 病人必須為香港永久性居民身份証之持有人，方合符資格入住。
5. 以下病人不符合入住資格
- 需接受緊急、或急性治療之病人
- 病人的內科或外科病情需特別/急性的護理和監察，以及需入住獨立病房之病人
- 治療有違天主教教義
- 未成年的病人
6. 收費
   - a) 住院基本收費每天港幣$120，包括房租、三餐膳食及護理費用。(註:若病人只接受日間護理，收費每天港幣$96，與醫院管理局轄下醫院相同。)
   - b) 部份昂貴的檢查性/治療性/放射性服務、藥物、植入儀器、設施、以及服務非本院所有，乃透過供應商以委託形式提供。為釋除病人疑慮，病人使用有關服務只需支付該物料或服務的醫院成本價。
   - c) 除 b 項外，病人支付的其他費用以本院二等病房費用之半價計算。
   - d) 病人入住資助病房後，如需轉往隔離病房或特別治療病房，所有於該等病房的收費，以本院該等房收費計算。
   - e) 病人入住資助病房後，如要求轉往本院其他等級病房，所有醫院及醫生收費由轉房後起以該病房等級收費計算。
7. 病人入住資助病房期間，如需緊急或急性治療，或病人情況變化，以致超出資助病房能力處理，本院有絕對決定權安排病人轉往本院內其他合適病房，或安排病人轉往醫管局轄下任何醫院，而有關資助病房的優惠不再適用。
8. 資助病房主要為經濟能力有需要之病人而設，例如沒有購買醫療保險 或 只有少額醫療保險者。若資助病房滿額，會優先接受該類病人入住。
9. 病人入住資助病房前，主診醫生及病人必須書面簽署確認接受以上條款。如以上條款有任何更改，恕不另行通知。
10. [redacted]醫院保留安排病人入住資助病房之最終決定權。

[redacted]
入院部

Patient's Label

本人____________________同意入住資助病房，並確認接受上述之條款。

病人/家屬簽署:____________________

日期:____________________

图 2：医院乙的低收费病床入住条款

(甲) 一般事項

(1) 按政府批地條款要求，本院提供 61 張低收費病床，供病人使用。低收費病床現設於：
- 綜合病房(舊翼 3 樓) ：37 張
- 婦科病房(主座 12 樓) ：12 張
- 外科病房(主座 15 樓) ：12 張

(2) 病人必須為香港永久性居民身份証之持有人及年滿十五歲或以上人士。

(3) 由醫院管理局轄下的醫院轉介往本院接受入院診治的病人，將會獲得優先處理。其次的名額將分配由本院或掛單醫生，以先到先得的方式安排。倘若入院病人的人數超逾低收費病床可供應的病床數目，優先權將給予沒有購買醫療保險或只有少額醫療保險的人士。

(4) 低收費病床亦可供接受日間手術的病人使用，但只限於必須使用鎮靜或全身麻醉藥物後進行的手術。

(乙) 收費事宜

(1) 住院基本收費每天港幣 120 元，包括房租、三餐膳食及一般護理費用。接受日間手術的病人，收費為港幣 96 元，抱括房租、膳食一餐及一般護理。請特別留意上述收費並不包括外科醫生手術費、醫生巡房費、麻醉科醫生費、臨床病理學家費及以下乙(2)及(3)項內所列舉的其他相關的醫院收費。

(2) 部份昂貴的檢查性/治療性/放射性服務、藥物、植入儀器、設施及透過供應商以委託形式所提供的服務，病人使用有關服務只需繳付該物料或服務的醫院成本價。另附加不超逾百分之十的成本價作為醫院行政費用。

(3) 除乙(2)項外，病人支付的其他醫院費用以本院二等病房費用之半價計算，惟醫生處方的出院藥物，則不包括在「低收費病床」的計劃內。

(丙) 低收費病床的優惠，不適用於以下的情況：

1. 病人入住低收費病床後，如要求轉往本院其他非低收費病床(包括任何等級)；或
2. 病人入住低收費病床期間，如需要緊急或急性治療，或病人情況變化，以致超出上述低收費病房能力處理，本院有絕對決定權安排病人轉往本院內其他合適病房，如隔離病房或特別治療病房，或安排病人轉往醫院管理局轄下任何醫院。

因應以上的情況，除轉介往醫院管理局轄下的醫院繼續接受治療外，所有醫院的收費，由轉房後起按本院該病床等級收費計算。

(丁) 其他事項

(1) 病人入住低收費病床前，主診醫生及病人必須書面簽署確認接受以上條款。如以上條款有任何更改，恕不另行通知。

(2) [redacted]保留安排病人入住低收費病床之最終決定權。